UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1911 — N° 4

RAPPORTS
DE LA
Pneumonie et du Paludisme
Essai de classification

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement le 4 Avril 1911

PAR
Louis MASSELOT
ANCIEN INTERNE DE 1re CLASSE
LAURÉAT DES HOPITAUX D'ALGER (PRIX POISSON 1910) --- 2e MÉDAILLE D'ANATOMIE 1905

MEMBRES DU JURY :

MM. BRAULT, professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées, *Président.*
SOULIÉ, professeur de pathologie générale de microbiologie et de parasitologie.
FUSTER, chargé des fonctions d'agrégé. (Chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstetricale). } *Juges.*
GILLOT, chargé des fonctions d'agrégé. (Chaires de pathologie et de clinique internes).

ALGER
IMPRIMERIE F. MONTÉGUT ET A. DEGUILI
12, Rue Charras, AGHA
1911

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1911 — N° 4

RAPPORTS

DE LA

Pneumonie et du Paludisme

Essai de classification

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 4 Avril 1911

PAR

Louis MASSELOT

ANCIEN INTERNE DE 1re CLASSE

LAURÉAT DES HOPITAUX D'ALGER (PRIX POISSON 1910) --- 2e MÉDAILLE D'ANATOMIE 1905

ACAD. MED. BAT. BIBL.

MEMBRES DU JURY :

MM. BRAULT, professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées, *Président.*

SOULIÉ, professeur de pathologie générale de microbiologie et de parasitologie.

FUSTER, chargé des fonctions d'agrégé. (Chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstetricale).

GILLOT, chargé des fonctions d'agrégé. (Chaires de pathologie et de clinique internes).

Juges.

ALGER
IMPRIMERIE F. MONTÉGUT ET A. DEGUILI
12, Rue Charras, AGHA

1911

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

PERSONNEL

DOYEN	MM.	CURTILLET (I. ✿).
ASSESSEUR		VINCENT (I. ✿).

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	WEBER (I. ✿).
Anatomie pathologique et histologie		POUJOL (I. ✿)
Physiologie		REY (I. ✿).
Clinique médicale		ARDIN-DELTEIL (I. ✿).
Clinique chirurgicale		VINCENT (I. ✿).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées		BRAULT (✲ I. ✿).
Clinique des maladies des enfants		CURTILLET (I. ✿).
Clinique obstétricale		ROUVIER (✲ I. ✿).
Clinique ophtalmologique		CANGE (A. ✿).
Chimie médicale et toxicologie		MALOSSE (I. ✿ ◎).
Physique médicale et biologique		GUILLEMIN (✲ I. ✿).
Pharmacie		BATTANDIER (I. ✿).
Matière médicale et thérapeutique		HÉRAIL (I. ✿).
Histoire naturelle médicale		TRABUT (✲I.✿MA.O❁)
Pathologie générale, microbiologie et parasitologie		SOULIÉ (I. ✿).
Hygiène et médecine légale		CRESPIN (I. ✿).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Chaires d'anatomie et de physiologie	MM.	LEBLANC (A. ✿).
Chaires de pathologie et de clinique internes		GILLOT (A. ✿). N...
Chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale		E. CABANES (A. ✿). FUSTER.
Chaire d'histoire naturelle		N...
Chaires de chimie et de physique		MALOSSE (A. ✿).
Chaires de pharmacie et de matière médicale		MUSSO.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SŒURS ET A MON FRÈRE

A MON COUSIN, LE Dr LUCIEN MASSELOT

A MA FAMILLE

A MA FIANCÉE ET A SA FAMILLE

A la Mémoire de mon regretté Maître
Le Professeur SCHERB

A la Mémoire des Professeurs
PLANTEAU, A. COCHEZ, MOREAU, TROLARD
et du Dr DENIS
chirurgien des hôpitaux

A Monsieur le Docteur BILLET
médecin principal de l'armée
Mon premier Maître

A Monsieur le Professeur VINCENT
professeur de clinique chirurgicale
a la faculté de médecine d'alger

A Messieurs les Docteurs
GILLOT, DUMOLARD et LEMAIRE
médecins des hôpitaux

A Mes Maîtres de la Faculté de Médecine d'Alger
Messieurs les Professeurs
ARDIN-DELTEIL, SOULIÉ, ROUVIER, REY,
HERAIL, CURTILLET, CANGE
Messieurs les Chargés des Fonctions d'Agrégé
CABANES et LEBLANC

A mes Maîtres de l'Hôpital de Mustapha
Messieurs les Docteurs
GOINARD, MURAT, SALIÈGE, SABADINI, COCHEZ,
ABOULKER et PELISSARD

A Messieurs les Docteurs
WAROT, BERNASCONI, BULLINGER, FERRARI
BINET, LOMBARD, BENHAMOU et GEFFROY

A Monsieur le Docteur A. BARRAUD
médecin de ma famille

A la Mémoire de mon Ami P. DELMAS

A mes Amis
Henri AUROUSSEAU, les Docteurs FOURNIÉ,
COUDRAY, LEMOINE, M. PELISSIER, M. VINCENT,
QUILICHINI, PASTOUR, BERARD,
Célestin ROUVIER, LAFFONT, LIVET, AYMARD,
CASENAVE, COSTE, WITTAS et COUPUT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BRAULT

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES PAYS CHAUDS
ET DES MALADIES SYPHILITIQUES ET CUTANÉES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

L'infection paludéenne se révèle parfois à nos yeux sous des aspects tout à fait inattendus, et nombreuses sont les affections dont elle reproduit les symptômes; d'autre part, elle modifie, profondément quelquefois, la diathèse des habitants de ses domaines et crée ainsi, pour les diverses affections, des terrains nouveaux ; parfois aussi, l'hématozoaire s'associe à l'agent causal des diverses entités morbides, et de ces facteurs multiples résultent des tableaux cliniques nouveaux, trompeurs pour qui ne les a jamais vus, et difficiles à interprêter, même pour celui qui les dépistant, cherche à en pénétrer la pathogénie.

Du nombre de ces types morbides particuliers est la pneumonie des paludéens ; c'est à elle que s'adresse notre travail.

Depuis 1692, époque où Morton décrivit le premier la forme pulmonaire sous laquelle se masque quelquefois la malaria, de nombreux travaux ont été publiés sur ce sujet ; les uns, précédant l'époque de la découverte de l'auscultation s'appuient sur des observations forcément très incomplètes; d'autres, postérieurs à ceux-ci, sont écrits avant l'identification de l'hématozoaire de Laveran et du pneumoncoque ; ils se trouvent donc dépourvus des analyses de laboratoire, indispensables pour trancher bien des cas épineux. Enfin, les publications contemporaines ont étudié certains

côtés de la question, mais nous n'avons pas trouvé dans les traités les plus récents du paludisme, une mise au point bien nette de l'ensemble du sujet. Ayant pu suivre un certain nombre de pneumoniques antérieurement paludéens, soit dans les services où nous avons été interne ou externe, soit dans les services voisins, nous avons, sur les conseils de MM. les docteurs Dumolard et Lemaire, approfondi ce sujet, et nous nous en sommes fait une conception que nous désirons exposer dans ce travail.

A cette fin nous diviserons notre mémoire en deux parties : dans la première, nous aurons en vue l'étude des pneumonies paludéennes proprement dites, c'est-à-dire de celles qui reconnaîtraient comme agent causal l'hématozoaire de Laveran ; nous en rechercherons les principaux types décrits et dirons ce qu'il faut en penser. Dans une seconde partie, nous nous adresserons aux pneumonies à pneumocoque survenant chez les paludéens ; nous montrerons comment pneumocoque et hématozoaire peuvent s'influencer l'un l'autre, quelles formes cliniques il en résulte, et, au fur et à mesure, nous citerons les obesrvations qui ont servi à l'identification des types que nous aurons décrits. Notre conclusion enfin sera la classification des rapports de la pneumonie et du paludisme.

Qu'il nous soit permis en terminant cet avant-propos, de remercier ceux qui, de leur bienveillant concours, nous ont aidé dans ce travail. Tout d'abord, MM. les docteurs Dumolard et Lemaire, qui nous l'ont inspiré ; puis MM. les docteurs Billet, Soulié, Rodriguez, Coudray et Masselot Félix et Lucien.

Enfin, que M. le Professeur Brault, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, reçoive ici l'hommage de notre reconnaissance.

Première Partie

PNEUMONIES PALUDÉENNES

Avant d'aborder l'étude de ces pneumonies, il convient de définir ce que nous entendons sous ce titre.

Comme on le fait pour la pneumonie à pneumocoque, nous en établirons deux groupes :

1° Les pneumonies paludéennes aiguës, c'est-à-dire celles se traduisant anatomiquement par une inflammation aiguë du poumon, caractérisée par l'infiltration fibrineuse massive d'un lobe ou d'une portion de lobe pulmonaire ;

2° Les pneumonies paludéennes chroniques, c'est-à-dire celles où la lésion consiste en une sclérose d'un poumon, d'un lobe, ou d'une partie d'un lobe pulmonaire.

CHAPITRE I

PNEUMONIES PALUDÉENNES AIGUES

Voici près de 8 ans que nous observons des paludéens dans un pays où l'infection malarique est très répandue ; c'est dire que nous avons vu un nombre assez considérable de ces malades, tant à l'Hôpital de Mustapha, que dans les hôpitaux militaires de Constantine et de Bône ; nous n'y avons jamais rencontré un cas de pneumonie paludéenne aiguë.

Nos maîtres, interrogés sur ce point, nous ont répondu n'en avoir jamais observé non plus. A défaut d'observations personnelles, nous avons relu toutes celles qu'il nous a été possible de retrouver.

Cette lecture donne l'impression, comme l'avait justement fait remarquer Mailfert, qu'à la difficulté inhérente à l'interprétation des faits décrits, en majeure partie à une époque où la clinique était privée de l'aide puissante du laborataoire, s'ajoutent des facteurs propres à obscurcir encore la question : la pluralité des termes employés pour désigner des faits souvent identiques, l'application de la même dénomination à des cas différemment interprétés, enfin la confusion entre deux processus différents, la congestion et l'inflammation.

Les faits rapportés jusqu'ici peuvent, croyons-nous, se ranger en deux groupes : un premier comprenant les pneumonies intermittentes ; un second, les pneumonies remittentes.

PARAGRAPHE 1er

PNEUMONIES PALUDÉENNES INTERMITTENTES

Les pneumonies intermittentes, dénommées aussi fièvres intermittentes pneumoniques, fièvres pernicieuses pneumoniques, ou encore fièvres accompagnées pneumoniques, seraient constituées d'accès de fièvre paludéenne, tierce, double tierce, quarte ou quintane ? (cas unique d'Arloing), au cours desquels on constaterait tous les symptômes de la pneumonie à son premier ou à son second stade ; ces symptômes disparaîtraient pendant l'apyrexie, complètement ou à peu près, pour reprendre avec l'accès suivant ; ainsi donc, avec le frisson d'un accès s'installeraient brusquement : un point de côté, de la dyspriée, de la toux, une expectoration le plus souvent rouillée, tandis qu'objectivement on constaterait, après une période d'engouement d'une durée extrêmement réduite, des signes caractéristiques de l'hépatisation rouge, et tout disparaîtrait avec la même rapidité pour ne se reproduire qu'à l'accès suivant.

En somme, la note dominante serait la mobilité extrême de la lésion. Les observations de ce type abondent ; certains auteurs en rapportent de nom-

breuses : elles commencent avec Morton qui, le premier, décela l'élément paludéen sous les manifestations pneumoniques fugaces, puis continuent avec Lautter, J. et J. P. Franck Sarcone et Arloing ; Alibert les mentionne dans son traité et des cas restent classiques, tels ceux du prêtre de Nepple, du forçat de Fleury de Rochefort, du pompier de Roche et Samson ; à ces noms, il faut encore joindre de nombreux autres : Delourmel, Chauffard, Blaud, Puntous, Cazentre, Bonnet, Delacroix, Fallier, Laënnec, Rouxeau, Grasset, Martins-Costa, Alcantara, Hildebrandt, Dumeige, Scheube, Mannaberg, Davidson, etc. Mais, à côté d'eux, Constant, Cornibert et Armingault ne voient dans les faits rapportés que des phénomènes congestifs. « L'engorgement pulmonaire tient plutôt de la congestion que de l'inflammation », (dit Constant). Aussi n'est-ce pas sans étonnement, que nous les voyons publier des observations de congestions pulmonaire intermittente qu'ils dénomment comme ceux dont ils signalent l'erreur, fièvre intermittente pneumonique. D'autres n'acceptent l'existence de la pneumonie intermittente qu'avec les plus grandes réserves, Bard par exemple.

Hardy et Behier la nient ; c'est de la même façon qu'on peut interprêter les paroles de Rayer : « La « pneumonie intermittente n'est que le résultat d'u- « ne complication. »

Pour Andral, l'obesrvation et la théorie s'élèvent contre les inflammations intermittentes : « Une

« phlegmasie véritable ne peut disparaître tout d'un « coup d'un organe en le laissant dans l'état dont « il jouissait avant l'invasion d'un travail patho- « logique. »

Pourtant, des faits ont été cités ; il faut les interpréter et nous voyons Forget le faire ainsi : « On aurait « peine à croire que la pneumonie bien constituée, « à l'état d'hépatisation pût paraître et disparaître « périodiquement d'un jour à l'autre, si de graves « observateurs ne l'avaient constaté ; néanmoins, « nous pensons qu'il s'agit le plus souvent du sim- « ple engouement, alors que l'état congestionnel exis- « te seul, que le plasma n'a pas encore imprégné le « parenchyme. »

« Si l'obscurité et la confusion règnent dans cette « question, dit Woillez, c'est qu'on a souvent confon- « du la congestion avec l'inflammation pulmonai- « re. »

C'est à cette opinion que se rangent Jaccoud, Kelsch Kiener.

Colin, Griesinger, Vallin, Lelièvre, et plus récemment Laveran, Crespin, Mailfert, Marchoux, Grall et Clarac, ainsi que De Brun, Duba, Lèques, Geagea et Hamelin qui, sous la dénomination de pneumopaludisme, décrivent des faits dont quelques-uns ressemblent à la fièvre intermittente pneumonique.

A quel avis nous rallierons-nous - De l'aveu même des partisans de la pneumonie paludéenne, le plus souvent les lésions pulmonaires ne dépassent pas le

premier stade. Remarquons en outre que la matité franche de la pneumonie est loin d'y être toujours observée ; le plus souvent, il s'agit de submatité, souvent bilatérale, parfois quittant un poumon pour l'autre au cours de deux accès successifs ; le souffle tubaire n'est pas constant ; bien souvent il ne s'agit que d'une expiration soufflante. Le râle est la plupart du temps un râle sous-crépitant, auquel s'adjoignent fréquemment des râles muqueux et sibilants ; l'expectoration est le plus souvent muqueuse, striée de sang, parfois spumeuse ou hémoptoïque ; il n'y a pas là le crachat pneumonique ambré dont la viscosité est un signe pathognomonique ; enfin, cette mobilité considérable des symptômes, ne cadre nullement avec ce que l'on observe dans la pneumonie. Quand un pneumonique a fait sa crise et que la température est tombeé à la normale, est-ce à dire qu'il ne tousse plus, qu'il ne crache plus, que ses poumons ont récupéré leurs propriétés antérieures ? Il suffit d'avoir suivi quelques pneumonies pour être assuré du contraire. Nous voyons donc que ce tableau clinique, toujours le même, que l'on retrouve dans les observations de pneumonies intermittentes, ne peut être la signatre d'une phlegmasie, mais qu'au contraire, en l'analysant, le diagnostic qui saute de suite à l'esprit est celui de congestion.

Le cas récent de Marchoux vient nous montrer en quelque sorte, le mécanisme de la lésion. Aussi croyons-nous devoir le rapporter ici.

OBSERVATION

publiée par M. le Dr Marchoux, à la Société de pathologie exotique (1908)

En 1897, un malade avait été envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de pneumonie ; sa température atteignait 40°5. A l'auscultation, on percevait nettement du souffle et des râles sous-crépitants dans les deux poumons, il y avait de la submatité générale et des crachats rouillés. Le diagnostic, malgré ces symptômes, ne paraissait pas s'imposer ; la soudaineté des accidents pulmonaires, la rapidité d'apparition des crachats rouillés m'avaient surpris. L'examen microscopique de ces crachats eût bien vite fait d'éclairer le diagnostic ; on n'y voyait pas de pneumocoques, mais on y trouvait en abondance des hématozoaires pigmentés de variété tropicale. Les parasites n'étaient pas rares dans les préparations de sang pris au doigt, mais ils y existaient en quantité beaucoup moindre que dans les crachats. Le malade guérit rapidement sous l'influence de la quinine et les phénomènes pulmonaires disparurent en même temps que la fièvre. (1)

Ainsi donc, il s'est agi d'accès paludéens empruntant tout à fait l'allure d'une pneumonie ; pourtant les signes d'auscultation et l'expectoration ont permis de reconnaître la congestion dont l'origine a été identifiée par l'examen des crachats. Remarquons que si l'hématozoaire a été retrouvé dans l'expectoration,

(1) Au moment où notre travail était à l'impression, nous observions, dans le service de M. le Dr Dumolard, où nous sommes interne, un cas de congestion pulmonaire survenue en cours d'accès ; les crachats sanglants du malade contenaient des hématozoaires (intra-globulaires) de la tierce bénigne (formes amiboïdes et rosaces) ; la congestion disparut avec l'accès.

c'est parce qu'elle contenait du sang ; d'autre part, la présence dans ce sang de parasites plus nombreux que dans le sang circulant, semble bien nous montrer qu'il y avait eu afflux parasitaire dans les capillaires du poumon, et que c'est là l'origine de la fluxion.

Ainsi donc, les pneumonies intermittentes décrites jusqu'ici nous semblent être des congestions actives dans le genre de celle que nous venons de rapporter. Ajoutons que l'allure intermittente d'une courbe ne saurait, d'autre part, suffire à conclure au paludisme, car il faut se souvenir des faits de A. Clark, Jaccoud, Pageault, Bertrand, Comby, Martinet, qui ont trait à des pneumonies intermittentes à pneumocoques, évoluant chez des malades exempts de paludisme.

PARAGRAPHE 2

PNEUMONIES PALUDÉENNES REMITTENTES

Le second groupe que nous avons isolé est sensiblement différent du premier : c'est la fièvre remittente pneumonique ; il ne s'agit pas d'accès paludéens, mais d'une pyrexie à tracé thermique continu, interrompu par endroits par des paroxysmes et des remissions. D'autre part, au point de vue clinique, il s'agit de malades qui font un ensemble de symptômes évoluant à bas bruit, mais rappelant bien la pneumonie. Ces observations sont beaucoup plus rares que les précédentes ; elles sont aussi beaucoup plus souvent terminées par le décès du malade.

Les principales sont celles de Rouxeau, Lecointe, Saillard (O.IX), Robert de la Tour et Frison. Notons que pour ce dernier, ces pneumonies surviendraient dans le cours de la cachexie palustre. Enfin, plus récemment, Grall et Clarac décrivent deux variétés de « pneumonies réellement palustres ».

1° Dans l'une, la pneumonie n'est qu'une complication intercurrente au cours d'une rechute : 2° dans l'autre, la détermination pulmonaire est initiale et prédominante. Mais, pour ce qui est de l'interprétation de ces pneumonies remittentes, les avis sont également partagés, et les vieux cliniciens ont vu, avant l'intervention du laboratoire, qu'il s'agissait là d'associations de deux éléments :

Ce sont, écrit Constant, « des maladies compliquées « où les deux éléments, inflammatoire et intermit- « tent, sont indépendants l'un de l'autre, se dévelop- « pent sans se confondre et exigeant chacun leur « traitement. »

C'est ce que pensent aussi Marcé, Maillot, Catteloup et Colin ; les recherches de Marchiafava, Bacelli, Bignami, Guarnieri et Ascoli, sont venues en apporter la preuve par la découverte constante du pneumocoque dans les crachats des paludéens atteints de fièvre remittente pneumonique.

On conçoit, après pareils travaux, que la lecture du traité de Grall et Clarac surprenne ; en analysant leur premier groupe de pneumonies réellement palus-

tres, on s'aperçoit qu'il s'agit, vraisemblablement, de congestions et non de pneumonies palustres ; qu'on en juge plutôt par les paroles mêmes de l'auteur (p. 475) :

« Dans ce dernier groupe, la pneumonie se révèle « par un point de côté avec dyspnée, survenant chez « un fébricitant palustre ; les crachats sont peu « abondants, rarement rouillés, plus souvent hémop- « toïques ; quelques-uns offrent des stries sanglants, « d'autres sont constitués par du sang diffluent. La « respiration est soufflante à l'une des bases, et par- « fois aux deux ; on entend au voisinage des râles « confluents sous-crépitants ; ces signes et ces symp- « tômes sont variables d'intensité et de localisation; « ils peuvent retrocéder rapidement, même chez les « cachectiques, pour reparaître après un court inter- « valle. »

N'est ce pas plutôt la description d'une congestion que d'une pneumonie ?

D'autre part, le second ordre de fait répond tout à fait, par sa description, aux pneumonies post-paludéennes de Hadji-Costa, et il nous semble que pour montrer son origine réellement palustre, il eut fallu des examens de laboratoire, dont il n'est pas dit mot; le seul cas auquel il est fait allusion, pour appuyer l'opinion de l'auteur, est celui de Hœspel, recueilli sans le secours du microscope ; il nous paraît donc, à cause de cela, sujet à discussion, surtout après les travaux de l'école Italienne.

Il n'est donc aucun fait dans les observationns de pneumonie paludéenne remittente qui emporte la conviction, car à tous, on peut objecter l'absence du contrôle microscopique, sans lequel l'affirmation de de ce type nous paraît impossible.

Nous terminerons donc notre premier chapitre en remarquant qu'il nous a été impossible de retenir une observation probante de pneumonie paludéenne aiguë. Est-ce à dire que nous pensons qu'il faut rayer cette complication de la description du paludisme ? Certainement non. Nous avons simplement voulu prouver que l'existence de la pneumonie paludéenne aiguë est encore à démontrer et que, même en admettant son existence, il reste un fait certain : son extrême rareté, car ceux qui la recherchent sont nombreux et aucun d'eux n'est encore arrivé à un résultat indiscutable.

CHAPITRE II

PNEUMONIE PALUDÉENNE CHRONIQUE

Si l'existence de la pneumonie paludéenne aiguë n'est pas un fait acquis, par contre, la pneumonie chronique nous semble indiscutablement décrite aujourd'hui. Elle est également appelée cirrhose pulmonaire paludéenne, ou induration palustre du poumon, et il n'est pas nécessaire pour la constituer, qu'un processus aigu, caractérisé par l'infiltration massive d'un lobe ou d'une portion d'un lobe pulmonaire, intervienne; des congestions répétées suffisent et, dès lors, nous basant sur ce que nous avons dit précédemment, il est facile d'admettre la possibilité pour le paludisme de produire une telle lésion.

Signalée en 1856 par Heschl, décrite en 1860 par Charcot dans sa thèse d'agrégation, puis par Lancereaux en 1866, son histologie fut minutieusement approfondie par Laveran, et la description qu'en fit cet auteur devint dès lors classique ; enfin, tout récemment, Nattan-Larrier et Letulle parachevèrent son étude. Dans le cadre des pneumonies chroniques il faut, croyons-nous, ranger une affection à laquelle nous avons fait précédemment allusion : le pneumo-paludisme de De Brun. Sous ce nom, le professeur de Beyrouth décrivait deux ordres de faits caractérisés par une congestion active des sommets du pou-

mon survenant chez d'anciens paludéens (notamment chez les enfants) et se traduisant cliniquement par de la toux, une expectoration souvent sanglante, de la submatité ou de la matité, de l'exagération des vibrations, une respiration soufflante ou même un souffle tubaire, sans râles, le tout accompagné d'accès paludéens ; mais, tandisque les uns, curables, disparaîtraient sous l'influence du traitement antipaludique et mériteraient la place que nous leur avons donnée dans le chapitre précédent, les autres passeraient à la chronicité, constituant dès lors la pneumonie chronique bien caractérisée, véritable sclérose du poumon.

L'individualité de cette lésion, nous semble bien établie par les observations de de Brun et de ses élèves. Les autopsies, qui sont venues montrer une sorte de « carnification du poumon » ,sans adhérence pleurale, semblent justifier le classement de cette lésion parmi les pneumonies chroniques ; ajoutons que l'absence constante du bacille de Koch dans l'expectoration des malades atteints de pneumopaludisme, et de tubercules, au niveau des lésions mêmes de leurs poumons, élimine l'idée d'une tuberculose possible.

Nous verrons tout à l'heure quel appoint vient encore donner aux descriptions cliniques et aux examens microscopiques de ces lésions, leur étude histologique.

Mais nous ferons observer que nous ne croyons pas cette affection si fréquente que le dit le professeur

de Brun, en Algérie du moins ; pour notre part, nous n'en n'avons jamais rencontré ; à part les cas de Mailfert et Crespin, qui doivent plutôt entrer dans le cadre des congestions passagères, nous n'avons pas connaissance que pareils faits aient jamais été décrits en Algérie, et, pourtant, plusieurs de nos Maîtres nous ont assuré que, depuis la communication de de Brun, ils ont ausculté plus soigneusement les sommets de leurs paludéens. Ce qu'ils ont fréquemment vu, ce sont : d'une part, l'induration tuberculeuse des sommets (confirmée par le laboratoire) ; c'est fréquemment, comme l'a dit Viallet dans sa thèse, que l'on voit s'installer chez des malades, convalescents de séries graves d'accès paludéens, une tuberculose qui peut évoluer rapidement ; d'autre part, des faits semblables au suivant que nous venons d'observer nous-même dans notre service, et que nous rapportons succinctement ici : un ancien paludéen, très anémié par une rechute récente, fait, de temps en temps, des poussées d'œdème généralisé, tousse et crache (expectoration sans grand caractère, ne contenant ni albumine, ni bacilles de Koch). On ausculte ses sommets et l'on constate, sans modification marquée de la sonorité ni des vibrations, une respiration diminuée et très soufflante, donnant l'illusion d'un souffle expiratoire, pas de râles surajoutés ; la radioscopie montre une ombre médiastinale élargie ; le diagnostic porté, en l'absence de lésion aortique, est celui de compression bronchique par adénopathie médiastinale ; inutile de dire que nous ne mettons pas sur le

compte du paludisme, l'hypertrophie ganglionnaire.

Des syndromes semblables se produisent fréquemment et peuvent se confondre par certains côtés avec le pneumopaludisme.

Ainsi donc, il n'a été retrouvé ici aucun fait identique à la lésion individualisée par de Brun, sauf les cas auxquels nous avons fait allusion tout à l'heure. Mais si la pneumonie paludéenne chronique est rare, elle n'en existe pas moins, et nous empruntons l'observation de Nattan-Larrier et de Letulle pour appuyer notre affirmation.

OBSERVATION

de Nattan-Larrier et Letulle (résumée),

publiée dans le *Journal de Path. gén. et de Phys.* (1909)

Il s'agit d'un vieux paludéen cachectique qui faisait fréquemment des accès de type tierce (l'hématozoaire fut trouvé plusieurs fois dans son sang) ; fréquemment, en cours d'accès, on constatait de la congestion circonscrite de son sommet droit, et peu à peu s'y était développé un foyer d'induration chronique se traduisant cliniquement par les signes habituels du pneumo-paludisme de de Brun, les crachats ne contenaient pas de bacille de Koch. Après avoir été suivi pendant trois ans, le malade mourut subitement.

A l'autopsie, la cause de la mort semble imputable à une caséification des capsules surrénales.

« Le péritoine pariétal est parsemé de granulations tu-
« berculeuses miliaires anciennes, fibroïdes.

« L'état du poumon droit attire fortement l'attention ;
« le sommet, en effet, libre de toute adhérence, montre sa
« partie antéro-externe transformée sur une hauteur de

« 8 à 9 cm. en un bloc massif de sclérose. Cette lésion,
« circonscrite au lobe supérieur, est remarquable non seu-
« lement par sa consistance anormale fibroïde caractéris-
« tique, mais encore et surtout par une coloration inac-
« coutumée au lieu du ton foncé, gris bleuâtre, pouvant
« aller au vert noirâtre habituel dans la sclérose pulmo-
« naire du sommet..... la zone indurée offre ici une teinte
« jaune brunâtre, chamois tout à fait spéciale. »

A l'examen histologique, on constate qu'il s'agit d'une « sclérose systématique de l'appareil alveolaire « compliquée d'une infiltration de la gangue interti- « tielle du poumon par les deux sortes de pigment, « ocre et mélanique ». Cette infiltration pigmentaire ne se voit que par petites zones discrètes, situées dans l'épaisseur d'un petit nombre de cloisons interlobulaires épaissies. Notons que le pigment melanique, identifié par les réactions histo-chimiques à l'acide chlorhydrique et au sulfhydrate d'ammoniaque, est la signature irréfutable de la nature paludéenne de la lésion.

On pourrait reprocher seulement à cette observation, de provenir d'un homme qui était en même temps tuberculeux ; mais il est certain que, si la tuberculose a pu prédisposer à l'évolution de processus scléreux, le paludisme n'en reste pas moins la cause déterminante.

Deuxième Partie

PNEUMONIES A PNEUMOCOQUES

survenant chez les Paludéens

Nous avons dit dans la première partie de notre travail quelle était notre opinion au sujet de la pneumonie paludéenne proprement dite. Nous allons maintenant envisager les pneumonies dues au diplocoque encapsulé de Talamon-Frœnkel, que l'on rencontre chez les paludéens.

Toutes ces pneumonies sont loin de présenter les mêmes caractères ; l'hématozoaire peut modifier le terrain sur lequel elles auront à évoluer et elles prendront alors une physionomie particulière, ou bien, s'il n'a pas amené de modifications profondes dans l'organisme, il peut venir se surajouter à la pneumococcie, soit pendant son évolution même, soit immédiatement après ; là encore, nous avons des types nouveaux ; enfin, il faut reconnaître aussi que toutes les pneumonies qui surviennent chez des paludéens n'ont pas, de ce fait, une allure anormale.

Il est donc nécessaire de diviser notre étude suivant les rapports que présentent entre elles les deux affections.

Nous distinguerons, nous basant sur cette donnée, trois groupes de faits :

1° Ceux où l'action des deux éléments est simultanée ;

2° Ceux où elle est successive ;

3° Ceux où l'infection pneumococcique n'est pas influencée par le paludisme.

Cette division établie, nous nous efforcerons d'en apporter la justification par les faits observés au fur et à mesure que nous décrirons chaque groupe.

CHAPITRE I

PNEUMONIES

où l'action des deux éléments est simultanée

Comme son titre l'indique, ce groupe comprend les cas où hématozoaire et pneumocoque évoluent de pair. Avant les découvertes bactériologiques qui, aujourd'hui, donnent au médecin la certitude de son son existence, cette variété de pneumonie fut décrite, pour la première fois en 1845, par Marcé, puis, peu après (1852), par Constant. Godinat la mentionne dans sa thèse : « Nous pensons que le plus grand « nombre de cas, rangés sous la dénomination de « fièvre pneumonique, appartiennent à différents « groupes, que les uns sont le produit d'une com- « binaison de la fièvre intermittente avec la phleg- « masie du poumon... »

Dans son livre sur la pneumonie, Grisolle exprime la même opinion : « L'intoxication palustre peut mo- « difier les caractères des pneumonies spontanées « ou de celles qui se déclarent à l'occasion des causes « habituelles. Les phlegmasies pulmonaires peuvent, « comme la plupart des maladies aiguës, se compli- « quer habituellement ou à certaines époques de l'an-

« née, de l'élément intermittent, qui ne constitue pas, « il est vrai, le fond de l'affection. »

Cette association pneumo-paludéenne se présente sous divers aspects cliniques : tantôt l'élément intermittent domine la scène, tantôt au contraire, c'est la pneumonie qui imprime son aspect à l'affection, comme s'il y avait prépondérance de l'un ou l'autre élément ; c'est pour cette cause que cette variété de pneumonies fut successivement appelée : fièvre proportionnée, suivant l'expression de Torti, puis pneumonie proportionnée, par Kelsch et Kiener, et c'est ce dernier terme qui a prévalu et que l'on retrouve dans tous les ouvrages récents ayant trait à ce sujet.

Il nous a été possible d'en réunir les 4 cas suivants, qui tous ont été vérifiés par les recherches de laboratoire.

OBSERVATION I

Service de M. Lemaire

(recueillie par M. Gardon, interne du service)

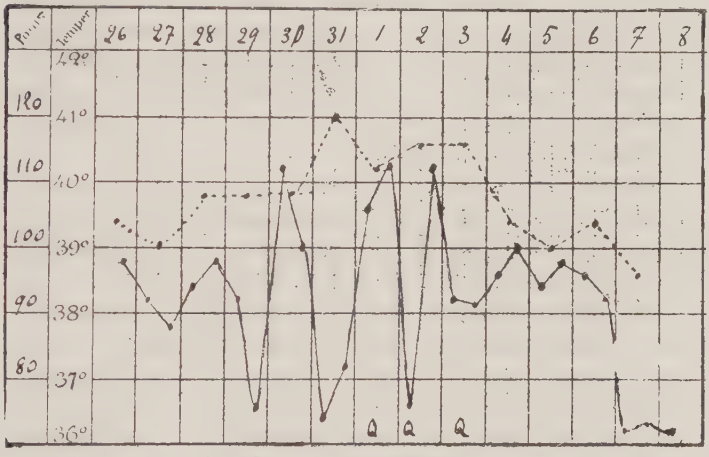
B... Ben Ahmed, journalier, entre le 26 décembre, salle Pasteur, pour de la fièvre.

A. P. — Ce malade n'a jamais eu de maladie grave. Impaludé pour la première fois, il y a cinq ans, à Boghar, les accès qui étaient quotidiens au début, affectèrent bientôt le type tierce et durèrent, paraît-il, trois mois. Depuis cette époque, notre malade serait repris régulièrement chaque été. Il y a 7 mois environ que les accès auraient reparu, mais ils ne présenteraient aucun type bien mar-

qué. L'indigène en question aurait pris de la quinine, mais d'une façon irrégulière et à des doses très faibles. Pas de passé ethylique ni vénérien.

Deux jours avant son admission à l'hôpital, tandis qu'il se livrait à ses occupations journalières, il fut pris subitement de frissons accompagnés de fièvre, de courbature et de céphalalgie ; les frissons, qui auraient été très violents, auraient été suivis de transpirations profuses.

A son entrée dans notre service, nous constatons tout d'abord : un état général assez mauvais, se traduisant par



Courbe de l'observation I

Tracé du pouls ..... Tracé thermique ——— Q. quinine (0 gr. 75)

un abattement extrême avec un facies terreux, subictérique, qui dirigea instinctivement l'attention vers le paludisme.

L'examen des organes ne révéla aucune altération, si ce n'est un foie hypertrophié douloureux.

Une rate grosse, augmentée de volume dans le sens transversal et dans le sens longitudinal, dépassant le rebord des fausses côtes de 15 cm., à grand axe dirigé vers l'ombilic ; la langue était saburrale, l'appétit nul, les urines foncées, sans albumine ni sucre. Le malade était en pleine fièvre. L'examen du sang pratiqué le lendemain de son entrée, ne

permit pas de constater la présence de l'hématozoaire de Laveran. Malgré cela, les commémoratifs, l'aspect terreux du malade, l'hypertrophie du foie et de la rate firent porter le diagnostic de paludisme ; le 28 et le 29, la température reste stationnaire ; le 30, la courbe thermique affecte de grandes oscillations allant de 36°5 le matin, à 40°2 le soir. C'est alors seulement, que l'on constate dans le sang, la présence de gros parasites pigmentés (tierce bénigne).

Le 1er janvier le malade, qui toussait depuis plusieurs jours, attira notre attention du côté de son hypocondre droit. Il ressentait une douleur localisée dans cette région et qui était augmentée soit par les mouvements respiratoires, soit par les secousses de la toux. On constatait, en effet, une oppression assez marquée, la respiration était accélérée (on notait 30 inspirations à la minute), les pommettes étaient colorées, le pouls était rapide : 120.

Comme symptômes pulmonaires, on relevait en arrière et en haut du poumon droit, une zone de matité très manifeste accompagnée d'une augmentation des vibrations avec un souffle tubaire, râles crépitants et bronchophonie. L'expectoration offrait à notre vue, des crachats aérés, visqueux, adhérents au vase et de coloration abricot ; l'analyse bactériologique révélait la présence de pneumocoques. Il s'agissait donc d'une pneumonie. Les 2, 3, 4, 5 et 6, la température oscille entre 38°5 et 39° et, à partir du 7, le malade entre en apyrexie, lorsque le 10 au matin un nouvel accès fut constaté sans modification du côté de l'appareil pulmonaire ; d'autres accès, de type tierce, se produisirent dans la suite.

De cette observation, il ressort d'une façon nette que nous avons eu affaire à une association de pneumonie et de paludisme. Nous pensons que le paludisme est secondaire à la pneumonie bien que les signes stethoscopiques aient été perçus tardivement ; nous nous basons pour cela sur le fait qu'au début la fièvre

était continue et le sang ne contenait pas d'hématozoaires ; tandis que, lorsque les grandes oscillations se sont produites, il a été trouvé dans le sang le parasite de la tierce bénigne. D'autre part, lorsque les signes pulmonaires furent entendus pour la première fois, ce n'était pas de l'engouement mais déjà de l'hépatration rouge qu'ils dénotaient. Remarquons que la quinine en faisant disparaître l'élément intermittent (voir la courbe) a permis à la pneumonie de se terminer comme une pneumonie franche.

OBSERVATION II

Service de M. le Dr Soulié

recueillie par M. Gardon, interne de service)

O... Régis, 49 ans, cultivateur, entre salle Pasteur, le 20 septembre, pour une pneumonie droite.

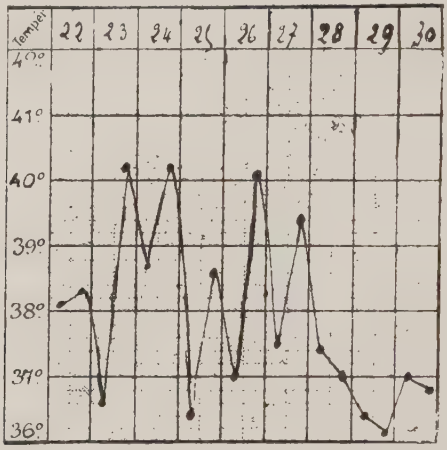
A. P. — N'aurait jamais fait ni infection ni intoxication autre que le paludisme. Impaludé pour la première fois au mois de juillet de l'année précédente, les fièvres durèrent vingt jours et finirent par céder au traitement quinique ; une quinzaine de jours avant son entrée à l'hôpital aurait eu un accès.

Le début de la maladie, qui remontait à 3 jours, avait été brusque et marqué par un seul frisson qui dura, paraît-il, deux à trois heures, et qui fut accompagné d'une très forte élévation de la température ; depuis deux jours, tousse et crache.

A son entrée, nous voyons un malade bien constitué, au

facies vultueux, présentant un abattement extrême et une oppression assez marquée ; la langue est sèche, presque rôtie, la rate grosse, dépassant le rebord des fausses côtes de 2 à 3 travers de doigt, le foie est légèrement hypertrophié, mais non douloureux à la palpation.

Pour ce qui est de l'appareil respiratoire, on constate seulement à la base du poumon droit, en arrière, une zone de matité d'une hauteur de 10 cm. environ, les vibrations sont augmentées et l'auscultation fait entendre un souffle tubaire intense, avec des râles crépitants en foyer et



Courbe thermique de l'observation II

de la bronchophonie. L'expectoration est tout à fait caractéristique et l'examen micrographique démontre la présence du pneumocoque.

Rien du côté des autres appareils.

Les jours suivants, la courbe thermique présentant de grandes oscillations, on décida, vu les antécédents du malade, vu l'hypertrophie de son foie et de sa rate, de rechercher l'hématozoaire de Laveran. Le 23 septembre, on constatait la présence de gros parasites pigmentés. On institua aussitôt un traitement quinique énergique à la dose quotidienne de 1 gr. 50, pendant 3 jours consécutifs. Le 28 septembre, le malade entrait en période apyrétique ; pen-

dant sa convalescence, il fit deux accès de type tierce dont la quinine vint à bout.

En résumé, il s'est agi d'une pneumonie qui s'est compliquée d'accès paludéens.

OBSERVATION III

Service de M. le Professeur Chantemesse

(due à l'obligeance de M. le Dr Rodriguez)

V..., âgé de 30 ans, couvreur, entre salle St-Denis, le 27 mars, pour un point de côté siégeant dans l'aisselle droite.

A. H. — Père mort tuberculeux, mère morte de néoplasie stomacale, deux frères et une sœur bien portants.

A. P. — Le malade, légèrement éthylique, s'enrhume facilement ; il n'a pourtant jamais fait d'hémoptysie.

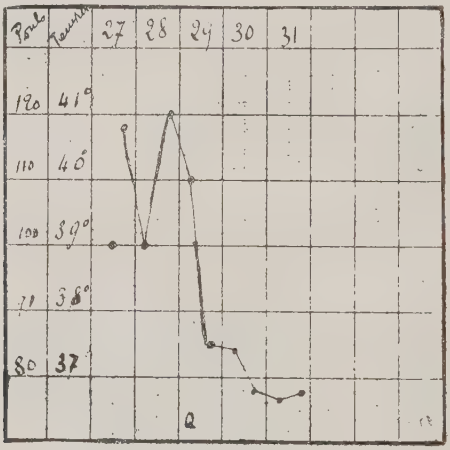
Il a été impaludé pendant son service militaire, il y a 9 ans, à Madagascar ; il a même dû faire dans cette colonie un séjour d'un mois et demi à l'hôpital. Il avait à ce moment-là des accès quotidiens ; il a continué après sa sortie de l'hôpital à faire des poussées fébriles intermittentes, mais irrégulières ; il rentre en France en 1901 ; en 1902 (mars), reparaissent des accès, durant huit jours et depuis, tous les ans à la même époque, il rechute.

C'est dans ces conditions que, le 24 mars, au soir, le malade en pleine santé, est pris de frissons à plusieurs reprises, au moment de se mettre à table ; il se couche et le lendemain matin s'éveille avec un violent point de côté siégeant à droite, un peu au-dessous et en arrière du mamelon.

C'est dans cet état que le 27 mars, il entre à l'hôpital avec une température de 40°8.

Le 28, au matin, la température est à 39°, le pouls à 100. On constate de la dyspnée, le malade se plaint de cephalagie et de courbature générale.

Le point de côté persiste, le malade tousse fréquemment, l'expectoration est visqueuse et rouillée.



Courbe thermique de l'observation III

Poumons. — A la percussion, on constate dans l'aisselle droite une zone de matité se propageant vers le sommet ; en avant et en arrière, les vibrations sont exagérées ; à l'auscultation, on entend dans l'aisselle droite, des bouffées de râles sous crépitants au niveau du bord axillaire de l'omoplate et une respiration soufflante en arrière ; des râles ronflants disséminés dans les deux poumons et à droite des sibilants.

Le cœur est normal.

L'abdomen est ballonné.

Le foie est douloureux à la palpation et surtout à la percussion ; la hauteur de la matité hépatique est de 16 cm. sur la ligne mamelonnaire, la rate est percutable, 10 cm. /10.

Dans la soirée, la fièvre monte à 41°.

Le 29, la température est à 40°. Le malade a un facies grippé ; il est secoué par un frisson violent. On pense, étant donné les antécédents, qu'il s'agit d'une association malarienne et l'on prescrit, en même temps que des ventouses scarifiées, 1 gr. de quinine.

L'examen des crachats, fait par M. le Dr Rodriguez, préparateur de M. le Pr Chantemesse, vient confirmer l'hypothèse : on trouve à côté du pneumocoque de Talamon-Frœnkel, des hematozoaires dans la phase schizogonique, qu'il n'a pas été possible de retrouver dans le sang circulant. Le soir, la température tombait à 37°5.

Le 30, le thermomètre montait à 37°4 et, *pour la première fois, on percevait à l'auscultation un souffle tubaire très net et des râles crépitants fins* au niveau du foyer de sous-crépitants préexistants ; le soir, la température tombait à la normale, 36°8.

Le 31, à l'auscultation, on constatait la disparition du souffle et à l'endroit où il se trouvait on entendait encore, à la fin de l'inspiration, des bouffées de râles crépitants fins.

Les 2 et 3 avril, encore quelques râles.

Le 5, au moment où le malade à peu près complètement guéri, quitte l'hôpital, on ne constate plus dans l'aisselle droite qu'une zone encore mate où il est possible d'entendre quelques râles sous crépitants fins.

Le foie et la rate restent gros, le cœur n'a rien. Ajoutons qu'une parcelle de crachat inoculé à une souris la tua rapidement ; le pneumocoque fut retrouvé dans le sang de l'animal.

En résumé, il s'est agi d'un ancien paludéen qui a fait une pneumonie, au cours de laquelle l'hématozoaire a évolué concurremment avec le pneumocoque. Remarquons ce fait, que le souffle tubaire n'est apparu qu'au moment où tout rentrait dans l'ordre et n'a persisté qu'un jour. Comment interpréter pareille

anomalie : nous croyons qu'il faut en chercher l'explication dans l'expectoration du malade. Alors qu'on ne trouve pas l'hématozoaire dans le sang circulant, il existe dans les crachats rouillés, et sa présence montre bien qu'à côté de la phlegmasie, il y avait une fluxion de l'organe, créée par le parasite, fluxion se traduisant par ces râles ronflants bilatéraux, par ces sous-crépitants qui masquaient la lésion pneumonique ; survient la quinine, hématozoaire et congestion disparaissent et l'on entend alors le souffle tubaire et les râles crépitants fins ; mais la pneumonie elle aussi était à son déclin, dès le lendemain le souffle disparaissait et tout rentrait graduellement dans l'ordre.

OBSERVATION IV

due à l'obligeance de M. le Médecin Principal Billet,

qui l'a recueillie à l'Hôpital militaire de Constantine

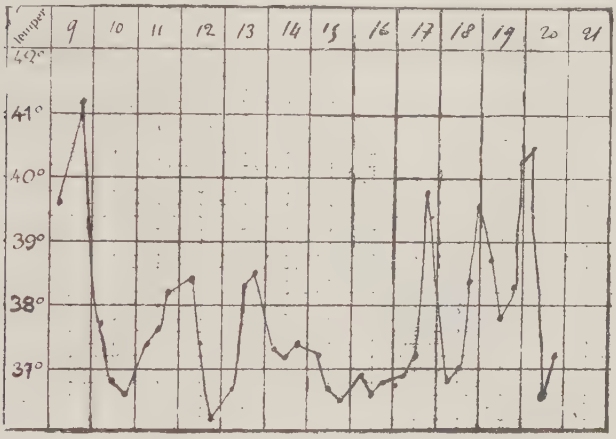
H... Isidore, sergent au 3e zouaves, 32 mois de service, entre à l'Hôpital militaire pour congestion pulmonaire.

A. P. — Pas de maladie grave antérieure, notamment pas de paludisme, malgré un séjour en Chine (Corps expéditionnaire). Depuis son retour, séjourne à Constantine, caserne de la Casbahoù le paludisme autochtone n'a jamais été constaté, mais a monté des gardes au Camp des Oliviers (endroit fièvreux).

Etiologie — à la suite d'une marche manœuvre du 4 au 5

août avec bivouac pendant la nuit ; s'est senti indisposé (courbature générale céphalalgie, point de côté à gauche, anorexie, langue saburrale). Cet état continue le 7, avec température de 39°5 dans la soirée, pas de frisson.

Le 8, état agité, délire, température toujours élevée : évacué le 9, au matin, dans un état demi comateux à l'hôpital.



Courbe thermique de l'observation IV

Le 9, à son arrivée, 39°6 ; le malade délire. Le soir, 41°2 ; délire bruyant dans la nuit. On est obligé de maintenir le malade.

Le 10, même état grave toute la journée, mais apyrexie complète, on ne peut obtenir aucun renseignement du patient ; transpiration abondante. L'examen du sang prélevé le matin révèle la présence d'hématozoaires petits, annulaires de la tierce maligne, mais en petit nombre (1 à 2 tous les 10 champs oculaires).

On administre 1 gr. 50 de sulfate de quinine, per os, (en deux cachets) à deux heures d'intervalle.

Le 11, même état sensiblement : dyspnée intense, toux fréquente. Nouvel accès assez long mais à température moins élevée, qui commence à midi pour durer toute la nuit. L'examen du sang montre la même forme de para-

sites que la veille ; on administre encore 1 gr. de sulfate de quinine ; sueurs toute la nuit.

Le 12, apyrexie complète ; le délire s'accentuant, on fait une injection de 1 gr. 50 de chlohydrate de quinine. L'examen pulmonaire qui, jusque là, avait été négatif, révèle des râles sous-crépitants fins, en un foyer localisé à la pointe de l'omoplate gauche, il existe en outre à ce point un souffle tubaire très net, doux ; les vibrations thoraciques sont conservées, il existe une matité presque absolue dans le 1/3 inférieur du poumon, le malade expectore des crachats gris-brunâtres et non franchement hémoptoïques, qui renferment à la fois du pneumocoque et des hématozoaires, petits annulaires (dans les globules rouges).

Le 13, nuit relativement calme, cessation du délire ; le souffle s'est étendu à la plus grande partie du poumon, les râles sous-crépitants sont plus accentués ainsi que la matité ; expectoration plus abondante avec même résultat à l'examen bactériologique. Le malade qui, jusqu'ici, sous l'influence du délire n'avait prononcé que des mots incohérents, répond assez correctement aux questions qui lui sont posées ; mais il est très affaibli avec un teint submelanique ; il a du vertige. Ascension de la fièvre vers midi sans dépasser 38°3 ; chute de la température dans la nuit avec sueurs abondantes (pas de quinine).

Le 14, apyrexie presque complète, le malade semble complètement rétabli ; il présente encore un peu de souffle et de gros râles de retour, à la base ; la rate déborde de trois travers de doigt les fausses-côtes ; l'expectoration est abondante. 1 gr. de sulfate de quinine en deux cachets, à huit et dix heures du matin.

15 et 16, l'amélioration se dessine de plus en plus.

Le 17, disparition presque complète de tous les signes stéthoscopiques, mais dans la journée, après trois jours d'apyrexie, rechute d'accès avec maximum dans la nuit, à 39°7. Cet accès est à peine perçu par le malade ; pas de frisson, légère céphalalgie , peu de sueurs à la défervescence.

Puis, des accès nouveaux, graves, se répètent dans les

jours suivants, mais sans qu'aucun signe pulmonaire vienne s'y surajouter.

Notons que le 23, on constate dans le sang la présence des gamètes semi-lunaires de la tierce maligne (croissants) qui, on le sait, ne sont point fébrigènes, mais par parthenogenèse, peuvent redonner des schizontes et avec eux les rechutes fébriles. En effet, si du 24 au 31 on ne constate plus de fièvre, à cette date reparaissent de nouveaux accès, sans frissons, presque sans sueurs, accompagnés d'une légère céphalée seulement ; aucun phénomène pulmonaire ne s'y surajoute, les formes annulaires petites sont retrouvées dans le sang. Enfin, le 4 septembre, l'apyrexie est définitivement obtenue après des prises quotidiennes de quinine (à doses décroissantes, 1 gr. 50 à 0 gr. 50).

Pendant la convalescence, on fait le traitement suivant : injection de 0,05 centigr. de cacodylate de fer tous les quatre jours et la veille de chaque injection 1 gr. de chlorhydrate de quinine en deux cachets. Le malade sort légèrement mélano-dermique par congé de convalescence, le 26 septembre.

Comment interpréterons-nous cette intéressante observation ? Il nous semble qu'il s'est agi d'un homme, chez qui le paludisme était en incubation ; la fatigue d'une marche manœuvre, la fraîcheur d'une nuit passée dehors, ont brusqué l'apparition de la fièvre, qui s'est manifestée sous forme d'accès à détermination pulmonaire congestive (point de côté du début), si bien que le malade a été dirigé sur l'hôpital avec le diagnostic de congestion pulmonaire ; mais là les signes thoraciques disparaissent, l'hématozoaire évolue produisant des accès pernicieux demi-comateux et délirants, auxquels s'est surajoutée sans bruit, une pneumonie dont la présence a été constatée le 12, au lieu de la courbe continue, caractéristique de cette

affection, avec chute brusque du huitième au neuvième jour, nous avons eu une marche fébrile d'accès palustres, de type tierce ; l'infection pneumococcique a guéri, mais des rechutes d'accès se sont reproduites par la suite, sans addition de symptômes pulmonaires. M. le Médecin Principal Billet pense, en outre, que « la quinine a agi à la fois sur les deux éléments et hâté la résolution des phénomènes pulmonaires. »

Ainsi donc, voici indiscutablement quatre observations d'évolution simultanée des deux infections, pneumococcique et malarique. Hâtons-nous de dire que les cas de ce genre constituent des raretés pathologiques, et il nous semblerait téméraire de vouloir tenter une description clinique se basant sur des faits aussi peu nombreux. Pourtant, nous nous permettrons quelques remarques à leur sujet.

Tout d'abord, nous nous apercevons que si dans nos trois premières observations, le pneumocoque est entré le premier en scène et que l'élément paludéen latent n'est intervenu que secondairement, dans le quatrième, au contraire, c'est le paludisme qui a commencé à évoluer et la pneumonie s'est greffée sur les accès. Cette simple constatation nous permet de distinguer deux groupes de ces associations :

Le premier comprenant les pneumonies compliquées de paludisme : observations I, II et III où le paludisme se surajoute à la pneumonie.

Le deuxième, visant les pneumonies compliquant du paludisme, comme c'est le cas pour l'observa-

tion IV, où la pneumonie se surajoute à des accès paludéens.

Si maintenant nous jetons les yeux sur nos quatre courbes de température, il est facile de voir qu'elles sont loin de représenter un type unique :

La courbe de notre observation I et celle de notre observation IV, en effet, sont remarquablement dissemblables : dans la première, nous voyons le tracé prendre tout d'abord une allure continue, à cette période on ne trouve pas d'hématozoaire dans le sang, puis apparaissent de grandes oscillations et avec elles le parasite, la quinine en a raison et la fièvre redevient continue jusqu'à sa chute. On voit donc par cette courbe, que le paludisme est capable de briser le tracé thermique en plateau de la pneumonie ; dans la seconde, à ne regarder que la feuille de température, le diagnostic qui paraît s'imposer est celui d'une fièvre tierce. Dans un cas, il paraît donc qu'on se soit trouvé en présence d'une pneumonie à allure particulière, que l'on ne confondra pas avec la pneumonie grippale, qui oscille pendant toute sa durée et dont les remissions ne vont pas en général, jusqu'à la normale, tandis que dans l'autre, le paludisme a masqué derrière ses intermittences, une pneumonie dont on ne retrouve pas trace sur le tracé thermique.

On comprend quel intérêt il y a, dans un cas comme dans l'autre, à recourir aux recherches de laboratoire, qui seules, peuvent donner une certitude. Si nous passons en revue les autres symptômes présentés par nos malades, nous voyons le peu de netteté du

début ; sauf dans un cas (observation II), nous sommes loin du frisson solennel et du point de côté violent de la pneumonie franche, le malade n'attire pas uniquement l'attention sur ses poumons et la pneumonie est parfois presque une trouvaille d'auscultation (observation IV) ; l'expectoration, si elle est toujours visqueuse et ambrée, n'est pas purement sanglante comme dans la congestion paludéenne active, mais elle est souvent rouillée, brunâtre (observation IV) ; mais à vrai dire, ce sont là des nuances. Les antécédents du malade, l'allure spéciale de la courbe thermique devront attirer l'attention, car les accès superposés se voient beaucoup plus par la feuille de température que par les signes habituels (frissons, chaleur, sueurs) qui manquent souvent, et le microscope fera le diagnostic d'une façon certaine.

Le problème qui se pose, est de savoir pourquoi l'un des deux éléments domine la scène ? Une coïcidence nous a frappé. Dans les trois premiers cas, où la pneumonie est prépondérante, nous étions en présence de vieux paludéens, dont le sang contenait la grosse forme de l'hématozoaire (forme bégnine) ; dans le quatrième, au contraire, où le paludisme joue le rôle primordial, c'était d'un tout nouvel infecté qu'il s'agissait, dont le parasite était celui de la tierce maligne. Faut-il voir là la solution cherchée ? Le pneumocoque imprimerait-il son cachet à la maladie quand son associé est un parasite à manifestation bénigne et s'inclinerait-il au contraire devant l'hématozoaire, quand celui-ci appartient à la forme maligne ?

Dans l'état actuel de nos connaissances en la matière, il nous semble impossible d'opiner dans un sens ou dans l'autre, et nous n'avons voulu qu'émettre une hypothèse.

D'autre part, il y a-t-il comme le veulent les uns, simple coexistencee des deux éléments qui évolueraient pour leur propre compte, ou bien les deux agents infectieux se combinent-ils ?

Il nous semble que dans certains cas, du moins, il s'agit vraisemblablement d'actions se surajoutant ; en effet, dans nos observaiotns III et IV, nous voyons que l'examen des crachats en révélant la présence en abondance de l'hématozoaire, nous montrait du même coup que, si le pneumocoque provoquait une phlegmasie pulmonaire, le parasite y surajoutait de la congestion ; mais par contre, dans nos deux premiers cas, il n'existe rien de semblable et le paludisme nous paraît avoir bien peu agi sur l'état local. Nous avons vu d'autre part, à propos de la marche de la température, que le paludisme influence nettement le tracé thermique d'une pneumonie ; enfin, dans tous les cas l'élément palustre vient ajouter son action déglobulisante à celle de la pneumonie. Si bien que l'on peut dire que si les deux éléments évoluent pour leur propre compte, leurs effets viennent néanmoins se surajouter pour produire des types de pneumonie nettement différenciés.

Quant au pronostic de ces affections, il est en géné-

ral celui des pneumonies ordinaires, si un traitement quinique est institué ; sinon, au degré de gravité de la pneumococcie peut se joindre la possibilité d'accidents ou d'accès pernicieux. Il découle naturellement de là que le traitemnet devra s'adresser à la fois aux deux agents infectieux.

CHAPITRE II

CAS OU LES DEUX PROCESSUS SE SUCCÈDENT

A côté des pneumonies que nous venons de décrire, où hématozoaire et pneumocoque agissent simultanément, pour former un complexus nouveau, existe un second groupe de faits où les deux affections s'appellent l'une à l'autre. Tantôt nous voyons chez un paludéen, dont l'organisme entier a été altéré par des accès récents, survenir une pneumonie, tantôt, chez un paludéen qui n'a plus fait d'accès depuis un certain temps, qui pourrait se croire guéri, survient une pneumonie dont l'évolution ne présente rien de particulier, mais au moment où la température tombe, où l'action du pneumocoque prend fin, des accès francs de paludisme paraissent ; à la phase purement pneumonique, fait suite une phase purement palustre.

PARAGRAPHE I

PNEUMONIES APPARAISANTS CHEZ LES PALUDÉENS PROFONDÉMENT INFECTÉS

Les pneumonies survenant en cours d'anémie ou de cachexie palustre furent d'abord signalées par Catteloup et Colin, mises uniquement sur le compte du paludisme par Frison, nous avons vu que les Italiens avaient les premiers apporté la preuve de leur nature pneumococcique ; parfaitement décrites par Hadji-Costa, elles furent appelées par lui pneumonies post-paludéennes. Nous avons pu en observer les deux cas suivants dans un service voisin du nôtre.

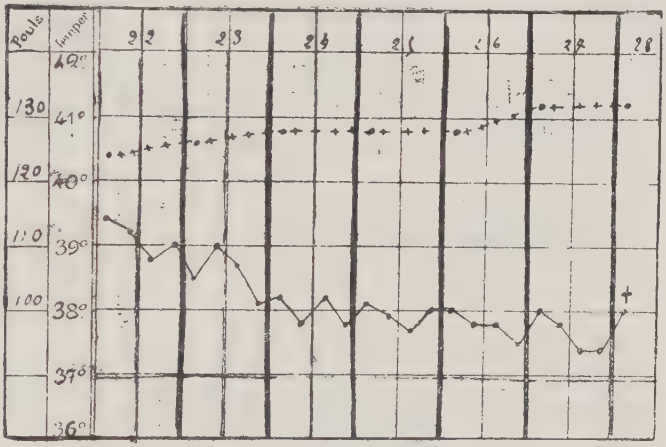
OBSERVATION I

Service de M. le Dr Dumolard

(recueillie par M. Coudray, interne du service)

Le 21 septembre est amené, salle Pasteur, le nommé Jules A..., journalier, 46 ans, trouvé sur la voie publique ; le malade, dans un état de faiblesse extrême, est subdélirant ; on constate chez lui un abattement et une stupeur dont on a peine à le tirer ; il ne répond que lentement et mal, aux questions qui lui sont posées. On apprend ainsi

qu'il a été impaludé à Constantine, à l'âge de 16 ans, et que, depuis, il a fait des séries d'accès, espacées d'intervalles irréguliers, parfois fort longs (plusieurs années) ; cet été, il a été réinfecté ou a fait une rechute sérieuse à La Réghaïa, mais il n'avait plus eu de fièvre depuis quelque temps, quand le 4 septembre, il fut pris subitement en quittant son travail, de frisson, de douleurs thoraciques généralisées, mais prédominant à la base droite du thorax en avant, de dyspnée et de fièvre, puis il s'est mis à tousser



Courbe de l'observation I

+ + + Tracé du pouls ——— Tracé de la température

et à cracher, s'est soigné tant bien que mal chez lui et a été trouvé la veille à quelque distance de son domicile, sur les bords de l'Harrach.

Le malade est couvert de boue, mais une fois lavé, ses téguments conservent une teinte terreuse, les muqueuses sont d'une pâleur extrême et la cachexie palustre est la note dominante du tableau, la respiration est fréquente, entrecoupée par instants d'accès de toux suivis de l'expectoration de crachats visqueux, fortement ambrés ; à l'auscultation, on constate au sommet droit en avant et en arrière, un souffle tubaire, et des râles sous-crépitants nombreux descendant assez bas, toute cette région est mate à

la percussion et les vibrations y sont exagérées. Les bruits du cœur sont un peu sourds, le pouls est à 124, la rate est perceptible et douloureuse, le foie abaissé plutôt petit (le malade est alcoolique), la langue est saburrale et rôtie, les selles sont diarrhéiques, l'urine ne contient pas d'albumine. Une médication mixte est prescrite : au point de vue antimalarique, 1 gr. de quinine en injection, au point de vue antipneumonique, ventouses scarifiées, potion tonique à l'acétate d'ammoniaque, électrargol (injection de 5 cmc.).

L'examen du sang pratiqué avant l'administration de la quinine montre la présence de très rares croissants, il n'en fut trouvé qu'un ou deux dans la préparation ; en outre, on constatait à la numération des éléments normaux :

2.800.000 hématies et 7.200 leucocytes se répartissant ainsi :

Polynucléaires	80
Grand mononucléaire	1
Lymphocytes	19
Eosinophile	0

Le taux de l'hémoglobine était de 30 0/0.

Dans les crachats, on constatait l'existence de nombreux pneumocoques, le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire était normal.

Le 23 septembre. — Le malade est toujours aussi abattu, l'état local est stationnaire, le pouls bat à 126, la médication de la veille est continuée, la dose de quinine est portée à 1 gr. 50.

Le 24 septembre. — La courbe thermique a légèrement fléchi, mais la prostration du malade est la même, les bruits du cœur sont sourds, pouls : 128. On prescrit : quinine, 1 gr. ; électrargol, 10 cmc. ; caféine, 0 gr. 50 ; la potion tonique est continuée.

Le 25. — Même état, mêmes prescriptions.

Le 26. — Le cœur droit donne des signes de fléchissement, le pouls est toujours à 128 ; du côté pulmonaire, le souffle du sommet a diminué d'intensité, mais il persiste de gros râles sous-crépitants, l'expectoration est plus fon-

cée que les jours précédents : teinte jus de pruneau ; pourtant le malade se sent un peu mieux ; on prescrit 25 gouttes de digitaline, les autres médications sont suspendues.

Le 27. — L'état a empiré, le malade est de plus en plus prostré, le pouls est à 132 ; localement, on ne constate pas de modification, on reprend la quinine à la dose de 1 gr. 50, la digitaline est continuée, dose 15 gouttes.

Le 28. — Le malade est dans un état semi-comateux (le pouls est à 132) et il meurt peu après la visite.

Autopsie. — A l'ouverture de la cage thoracique, le poumon droit est entouré d'une gangue épaisse de fausses membranes ; à la coupe : hépatisation grise de tout le lobe supérieur, le parenchyme pulmonaire est réduit à l'état de bouillie d'un gris verdâtre dans laquelle le doigt s'enfonce sans rencontrer de résistance.

Cœur. — Le cœur est mou, flasque, ses fibres présentent à la coupe une coloration jaune-brun par endroits, pas de lésions du côté de l'endocarde.

Foie. — Diminué de volume dur sans lésions apparentes.

Rate. — Assez volumineuse, capsule épaissie.

Les autres viscères ne présentent rien de particulier, du moins au point de vue macroscopique.

Le poumon, le cerveau et la rate que nous avons examinés au point de vue histologique présentent les lésions suivantes :

Poumon. — Les alvéoles sont distendues, leurs parois sont déchirées par endroit, elles sont bourrées d'éléments cellulaires qui ne sont autres que des globules de pus : parmi eux, se trouvent par endroits, des grains de pigment melanique. Pas d'hématozoaires en somme, hépatisation grise.

Cerveau. — On retrouve dans ses capillaires des grains de pigment mélanique.

Rate. — Lésions de sclérose et blocs de pigment mélanique très nombreux (7 à 8 par champs oculaires).

OBSERVATION II

Service de M. le Dr Dumolard

(recueillie par M. Coudray, interne du service)

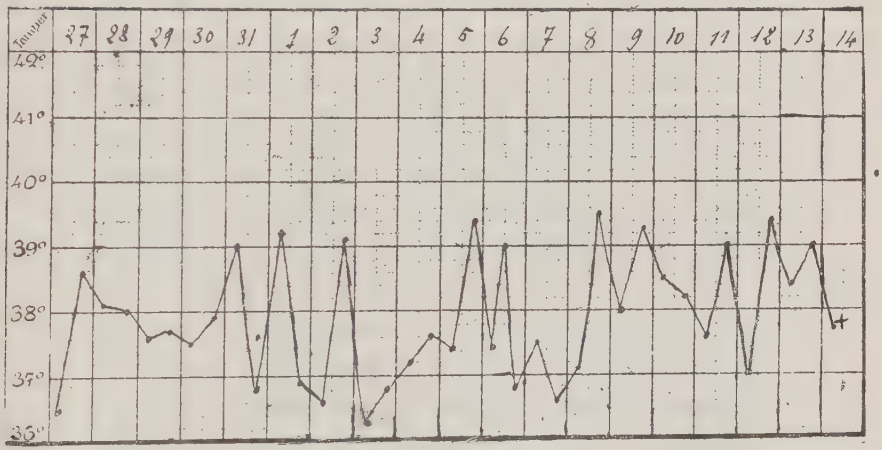
C... Désiré, 47 ans 1/2, journalier, entre à l'hôpital, le 27 janvier, parce qu'il tousse, a de la diarrhée et se trouve sans forces.

Il a été impaludé pour la première fois à Saïgon, il y fit des accès pendant 18 mois, depuis, il a fait quelques rechutes peu graves, il y a 4 mois, il semble avoir été réinfecté à Arzew ; cette seconde atteinte très grave dura trois mois, les accès étaient de type double tierce et tierce ; il y a un mois, le malade, convalescent, se rend d'Arzew à Alger à pied ; en cours de route, dans les premiers jours de janvier, vers le 10, il est mouillé par de fortes pluies, prend froid, et ressent un grand frisson, un point de côté diffus au niveau du mamelon gauche, il se met à tousser et à cracher ; expectoration visqueuse sanguinolente, puis franchement sanglante dans la suite ; en même temps, il se sent très faible, a une diarrhée abondante et ne se rend pas compte s'il a de la fièvre, en tous cas il dit n'avoir pas eu d'accès ; il y a 8 jours apparaissent des œdèmes et c'est dans cet état qu'il entre salle Pasteur le 27 janvier.

A l'examen, on se trouve en présence d'un homme amaigri, au facies terreux, aux conjonctives subictériques, il est dyspneïque, répond mal aux questions ; on constate une adynamie marquée et de l'hypothermie, le point de côté ressenti précédemment, apparaît encore dans les efforts de toux, l'expectoration a toujours les mêmes caractères, la diarrhée persiste.

Du côté pulmonaire, on trouve de la matité au sommet gauche, les vibrations sont exagérées ; à l'auscultation, on entend un souffle aux deux temps à timbre amphorique, et des sous-crépitants gros et nombreux en imposant pour du gargouillement. Le cœur est mou.

Le foie n'est pas notablement augmenté de volume, la rate est grosse. On prescrit : ventouses scarifiées et enveloppements humides, potion de Todd, 2 milligrammes de strophantus et 0 gr. 50 de quinine (malgré l'hypothermie). Les jours suivants persistance de cet état précaire ; la fièvre monte et va présenter de grandes oscillations avec rémissions complètes ; notons que l'examen du sang prélevé plusieurs fois pendant les ascensions thermiques, ne révéla jamais la présence de l'hématozoaire ; l'examen des crachats montra la présence en abondance du pneumocoque.



Les phénomènes pulmonaires ne subirent pas grand changement ; les sous-crépitants devinrent seulement moins nombreux à partir du 25 janvier, pour disparaître à peu près complètement le 29 ; mais les signes d'induration persistèrent et malgré de nouvelles administrations de quinine jusqu'à 2 gr. par jour en injections et des injections d'hémoplase, l'état général ne s'améliore pas, la fièvre continue à évoluer ; on constate, le 31, un assourdissement plus considérable des bruits du cœur, il semble que le poumon s'améliore, tandis qu'au contraire le cœur donne des signes de faiblesse.

Le 6, le cœur droit déborde le sternum, le foie est gros

et douloureux, une médication toni-cardiaque énergique est instituée, mais elle ne parvient pas à empêcher l'évolution de l'asystolie qui emporte le malade le 9.

A l'autopsie, on trouve le lobe supérieur du poumon gauche, dur, fibreux, de coloration grisâtre, présentant en un mot l'aspect de la pneumonie tendant à passer à la chronicité, pas de tubercules.

Le cœur présente une dilatation notable de l'oreillette droite ; au niveau de l'orifice tricuspidien, se trouve une plaque d'endocardite (masse mollasse assez étendue, de formation récente et dont l'aspect rappelle celui d'un chou-fleur) qui le rétrécit.

La rate est augmentée de volume et dure à la coupe ; le foie, gros, présente l'aspect du foie cardiaque.

Rien de particulier du côté des autres viscères.

En somme, il s'est agi ici d'un paludéen profondément anémié qui a fait une pneumococcie à évolution traînante, les lésions pulmonaires allaient passer à la chronicité, quand une endocardite est venue enlever le malade par asystolie.

Nous voyons donc que dans ces deux cas les deux malades antérieurement paludéens, avaient fait récemment des accès graves ; la décoloration de leurs muqueuses et leur teinte terreuse montrent bien dans quel état précaire ils se trouvaient, lorsque est survenue l'atteinte pneumococcique. Chez aucun d'eux nous n'avons trouvé avant l'administration de la quinine, de formes actives d'hématozoaire ; le croissant est, comme nous le savons, une forme de résistance que l'on rencontre dans les périodes d'apyrexie et si on le trouve parfois en cours d'accès, on constate également et en plus grand nombre, des formes actives. Chez eux, on ne peut donc pas affirmer une association morbide comme nous venons d'en voir

précédemment ; cette constatation, en outre, ainsi que l'impuisance de la quinine à faire tomber la fièvre, nous permettent d'exclure la nature paludéenne des poussées thermiques qu'on lit sur les courbes de température. D'autre part, les coupes du poumon, du cerveau et de la rate de notre premier malade nous ont montré, avons-nous dit, des blocs de pigment mélanique en très grande abondance ; c'était bien le signe d'une imprégnation malarienne profonde.

Kelsch et Kiener ont décrit cette période précachectique, où il existe une suractivité fonctionnelle généralisée, dont le but est de débarrasser l'organisme du poison malarique ; c'est une période où tous les organes se trouvent de ce fait congestionnés ; aussi ces deux auteurs lui ont-ils donné le nom de « période hyperemique ».

C'est à ce point qu'en étaient nos deux malades. On conçoit aisément que pareil milieu était éminemment favorable à l'invasion d'une nouvelle infection, et qu'il a suffi d'une cause occasionnelle, un refroidissement dans un de nos cas, pour réveiller un saprophyte aussi promptement virulent que le pneumocoque. Cette opinion ,nous l'avons retrouvée émise par Broussais : « Il faut avoir les poumons bien soli-
« des pour ne pas être enrhumé par la fièvre, quand
« elle se répète souvent ». Cette prédisposition du paludéen à la pneumonie avait déjà été remarquée par Durand : « Les soldats qui sont envoyés dAlgérie en
« France contractent très souvent des bronchites et
« des pneumonies très tenaces, dont on attribue le

« développement au seul changement de climat, mais « qu'il faut bien attribuer aussi à la présence dans « les poumons de noyaux chroniquement congestion- « nés ». Grisolle est du même avis et Hadji-Costa, qui a fait une étude approfondie de cette variété de pneumonie des paludéens, dit qu'il y a en quelque sorte attraction de la pneumonie par le paludéen profondément infecté : « Voir entrer dans un hôpital « d'une localité quelconque et notamment dans des « foyers palustres, beaucoup de pneumonies pendant « les années qui suivent les grandes épidémies de « fièvres palustres, beaucoup plus qu'on n'y voit en- « trer de cirrhotiques ou de brightiques, c'est déjà « une preuve irréfutable que la pneumonie constitue « une des principales imminences morbides dans « l'impaludisme chronique ».

Le tableau clinique de cette pneumonie n'est pas sans particularités, quoiqu'en dise Catrin ; si elle a beaucoup de points communs avec les pneumococcies des vieillards, des alcooliques et des débilités, il faut noter le facies terreux des malades, la teinte subictérique de leurs conjonctives, un état presque constant d'affaissement, dont ils sortent parfois pour délirer, qu'on aura grand peine à vaincre. Les signes du début sont souvent peu nets, les malades traînent parfois pendant plusieurs jours avant d'entrer à l'hôpital ; le point de côté n'est en général pas très violent, la dyspnée par suffocante, mais les troubles gastro-intestinaux sont presque la règle et l'état typhique apparaît assez rapidement pour dominer la scène.

L'évolution est traînante, il ne faut pas toujours se fier à la température qui reste peu élevée, ou même qui baisse, alors que la lésion évolue vers l'hépatisation grise (observation I). C'est, du reste, très souvent ainsi que se termine l'affection, mais si la lésion pulmonaire semble rétrocéder ce n'est pas toujours pour aller vers la résolution (observation II) et tout n'est pas fini avec elle ; comme le dit Hadji-Costa, l'endocardite est fréquente et nous avons vu que c'est elle qui avait emporté notre second malade. Mais il ne faut pas être trop absolu, la résolution se fait parfois, la convalescence est longue, et même avec la guérison, on verrait survenir une régression de l'imprégnation palustre. Par cette description, il est aisé de se rendre compte du pronostic sévère que comporte pareille affection, et les statistiques sont là pour dire l'élévation du taux de la mortalité en pareil cas.

Colin : 1° à l'hôpital de Rome constate 32 décès sur 55 pneumonies, soit 60 % ; 2° dans son service, 3 décès sur 6 pneumonies, soit 50 %.

Kelsch et Kiener, voient 70 décès sur 90 pneumonies, soit 78 %.

Hadji-Costa compte 7 décès sur 14 pneumonies, soit 50 %.

N'ayant vu que deux cas, nous ne pouvons en déduire un pourcentage, mais leur gravité nous a frappé.

Faut-il compter sur la quinine quand on se trouve en face de ces pneumonies ? Peut-être lui doit-on de ne pas voir les statistiques plus sombres, et il est cer-

tain que le traitement quinique ne devra jamais être négligé ; mais souvent, en face de pareils malades, il faut s'attendre à un échec de toutes les médications, ce qui ne veut pas dire qu'il ne faut pas les tenter ; au contraire, sachant devant quels redoutables ennemis on se trouve, il ne faut pas craindre d'employer les ressources thérapeutiques les plus énergiques pour les combattre.

PARAGRAPHE II

PNEUMONIES RÉVEILLANT DU PALUDISME

Nous venons de voir le paludisme créer un terrain favorable à la pneumonie et l'appeler en quelque sorte, cherchons maintenant comment l'inverse peut se produire.

Chez un paludéen qui n'a plus fait d'accès depuis longtemps, évolue à peu près normalement, avons-nous dit précédemment, une pneumonie qui réveille à son déclin l'élément palustre, si bien qu'au moment où l'action du pneumocoque est jugulée, l'hématozoaire sort de son inactivité, pour produire des accès francs. Tel est le fait que nous avons observé plusieurs fois et dont voici un exemple :

OBSERVATION

Service de M. le Dr Dumolard (personnelle)

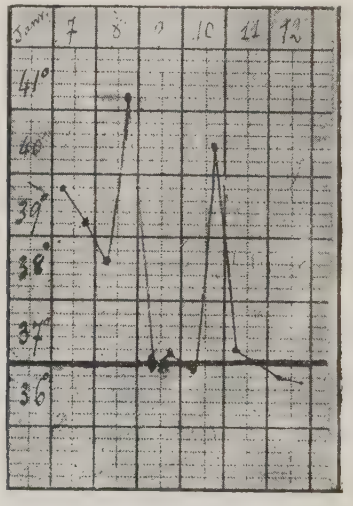
S... François, 46 ans, terrassier, entrait salle Harvey, le 7 janvier, pour un point de côté, de la fièvre et un toux pénible.

Le malade est un vieux paludéen qui a contracté les fièvres à Palestro (département d'Alger), il y a 15 ans ; cette première atteinte fut très sérieuse et depuis, apparaissent tous les ans un certain nombre d'accès très nets, à l'occasion de fatigues, en été surtout. Il y 2 ans, à la suite d'une rechute plus violente, le malade fit une poussée d'œdèmes et en même temps ses urines continrent de l'albumine ; le régime déchloruré et la quinine firent tout rentrer dans l'ordre en peu de temps ; enfin, il y a 5 mois, quelques accès peu graves évoluaient sans fatiguer beaucoup notre homme (pas d'éthylisme ni autres infections ou intoxications).

Le 1er janvier, à la suite de refroidissement, il fut pris d'un frisson violent, de fièvre, de délire et d'un point de côté siégeant dans la région thoracique gauche, douloureux au point que les mouvements respiratoires en devinrent rapidement fort pénibles ; du côté du tube digestif, l'anorexie était complète et les selles, diarrhéiques. Peu après, une toux fréquente apparaissait, suivie d'une expectoration peu abondante. Le 7 janvier, l'état s'étant aggravé, le malade entre à l'hôpital.

On se trouve alors en présence d'un malade brûlant de fièvre, délirant, dyspnéique et secoué à intervalles rapprochés de quintes de toux pénibles. Les crachats sont visqueux et ambrés. A l'examen des organes thoraciques, on trouve du côté pulmonaire à gauche de la submatité étendue, au niveau de la base, avec une zone de matité franche sur la ligne axillaire ; à ce niveau on perçoit un souffle tubaire net, des râles crépitants venant par bouffées et de

la broncho-égophonie, tout autour sont disséminés des râles bronchiques que l'on retrouve également dans l'autre poumon ; du côté du cœur, on constate un affaiblissement notable des bruits, la délimitation de la matité cardiaque montre un cœur droit légèrement dilaté ; le pouls est petit fréquent (100) et irrégulier, la tension très faible (10 au sph. de Potain), le foie gros et uniformément douloureux. La rate ne déborde pas le rebord des fausses-côtes, pas d'œdème des membres inférieurs, 0,25 d'albumine dans les urines ; le pneumocoque est trouvé dans des crachats.



En présence de cet état hyposystolique, une médication surtout cardiaque est instituée : digitaline 20 gouttes, potion de Todd, en même temps qu'une révulsion thoracique énergique est prescrite. Le lendemain, à la visite, on trouve le malade plus calme, toujours subdélirant, la température a baissé, le cœur est un peu plus énergique, on continue néanmoins la digitaline.

Dans la journée du 8, alors que le malade paraissait en voie de guérison, tout d'un coup éclate un accès de délire onirique excessivement violent avec hyperthermie considérable, 41°2, sans frisson, mais tout rentre dans l'ordre au bout d'une heure.

Le lendemain matin, à la visite, on se trouve en présence d'un malade apyrétique ; la dyspnée a à peu près disparu, l'état local s'est considérablement amélioré, on a la sensation que le malade est guéri, il reste toutefois encore subdélirant ; durant toute la journée, ce bon état se maintient.

Le 10 au matin, même état calme, mais dans l'après-midi, la température s'élève tout d'un coup, encore sans frisson, monte jusqu'à 40°5(en même temps que le délire onirique redevient intense), dans la nuit, le malade sue abondamment, le lendemain, la température est retombée à la normale, le malade cause mieux, se sent bien, l'état pulmonaire s'amende toujours, le souffle ne persiste plus et on entend seulement des râles sous-crépitants de retour, le cœur est en bon état, mais le malade est très affaibli ; on prescrit 1 gr. 50 de quinine en injection pour le jour même et la même dose, per os, pendant trois jours de suite, à partir du lendemain. La fièvre ne reparaît plus ; le malade guérit après une longue convalescence, au cours de laquelle on institue un traitement mixte quinine et cacodylate de soude, toute trace d'albumine disparaît des urines.

Comment interpréter cette histoire clinique : chez un ancien paludéen faisant fréquemment des rechutes, a évolué une pneumonie d'une façon à peu près normale, la deffervescence thermique se faisait en lysis quand tout d'un coup se produisit une ascension fébrile de peu de durée mais à paroxysme très élevé, à quoi pouvait-on l'attribuer, l'état général semblait s'être amélioré : était-ce une aggravation subite ? Nous ne croyons pas que dans ce cas la fièvre fût montée si haut pour redescendre avec une telle rapidité. Etait-ce un phénomène critique ? cela paraît peu probable et la suite devait venir infirmer ces hypo-

thèses. Etaitce une suppuration ? on n'en trouvait nulle trace. D'autre part la journée d'apyrexie, *la reprise d'un accès semblable avec hyperpyrexie* et se terminant par des sueurs, sans aucun signe pulmonaire nouveau, enfin la cessation de ces phénomènes après la quinine et *les antécédents du malade* sont autant de signes qui viennent nous prouver l'intervention de l'élément palustre latent. Un accident nous a empêché d'apporter la preuve microscopique de cette interprétation, mais nous pensons que dans ce cas les données cliniques sont suffisamment nettes pour nous permettre cette hypothèse.

En somme, dans ce cas la pneumonie a agi chez le paludéen comme une cause venant déprimer l'organisme et rendant plus facile un retour offensif d'un agresseur qui n'attendait qu'une occasion pour recommencer à évoluer.

Il est d'observation courante de voir les paludéens, à la suite d'une fatigue, d'un refroidissement, d'une émotion même, faire un réveil de leurs accès ; de même, chirurgiens et accoucheurs ont parfois vu leurs opérés refaire des accès dont ils étaient indemnes depuis des temps parfois fort longs, et le médecin ne doit pas s'étonner que chez les paludéens, à la convalescence d'une infection, peu après la chute de la température, l'élément intermittent sommeillant vienne surajouter une phase purement palustre à cette infection. Si l'organisme est, en effet, sorti vainqueur du combat livré au pneumocoque, son pouvoir défensif

n'en reste pas moins amoindri, et quand il héberge un hôte tel qu'un hématozoaire peu virulent, on ne doit pas être surpris que le parasite n'intervienne qu'au moment où la déchéance phagocytaire est la plus marquée, à la convalescence. Il n'y a donc pas là association mais succession de deux infections.

Le pneumonique qui a résisté au pneumocoque a, au sortir de ce premier combat, à subir l'assaut de l'hématozoaire ; aussi y a-t-il grand intérêt pour le médecin, à connaître cette seconde phase, qui pourra être arrêtée par la quinine. Les antécédents du malade, l'allure oscillante, intermittente et régulière d'une fièvre survenant à la fin d'une pneumonie, l'absence de signes de suppuration et enfin l'examen du sang seront les signes qui serviront à établir le diagnostic et à instituer le traitement antipaludique qui sera, en général, rapidement efficace.

CHAPITRE III

PNEUMONIES NON INFLUENCÉES PAR LE PALUDISME

Pour que notre étude soit complète, nous terminerons en disant que si les paludéens peuvent faire des pneumonies atypiques, telles que celles que nous venons de décrire, il serait inexact de croire qu'ils ne peuvent faire que celles-là ; le plus souvent, croyons-nous, on trouvera chez eux, quand ils seront atteints par le pneumocoque, les symptômes ordinaires qui traduisent son action ; il faudra seulement se rappeler que soit pendant l'évolution de la maladie, soit à sa convalescence, on pourra se trouver en présence de manifestations malariques qu'il faut dépister afin d'en soulager rapidement le malade.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce dernier ordre de pneumonies qu'il ne convenait que de citer dans notre travail.

CONCLUSIONS

De ce que nous venons de voir, il résulte en somme :

1° Que l'existence de la pneumonie paludéenne aiguë (hépatisation due à l'hématozoaire) n'est pas démontrée. Ce fait permet de penser que si elle existe, elle doit être extrêmement rare parce que nombreux sont ceux qui se sont mis à sa recherche, sans résultat indiscutable jusqu'ici ;

2° Que, par contre, il existe une pneumonie paludéenne chronique, rare cest vrai, et qui n'est en somme qu'une cirrhose paludéenne du poumon consécutive à des poussées congestives répétées ;

3° Que les pneumonies des paludéens sont, par conséquent, le plus souvent des pneumonies à pneumocoques, qui peuvent se diviser comme suit, d'après leurs rapports avec le paludisme :

A. Pneumonies où l'hématozaire et le pneumocoque évoluent en même temps :

a) Pneumonies compliquées de paludisme, c'est-à-dire pneumonies au cours desquels paraissent des accès paludéens

b) Pneumonies compliquant du paludisme, c'est-à-dire pneumonies venant se surajouter à des accès.

B. Pneumonies où l'hématozoaire et le pneumocoque évoluent successivement :

a) Pneumonies appelées par le paludisme, c'est-à-dire se développant sur cet état hyperemique qui leur est si favorable.

b) Pneumonies réveillant un paludisme latent, c'est-à-dire affaiblissant la défense de l'organisme, au point qu'un hématozoaire latent et peu virulent peut recommencer à évoluer.

c) Pneumonies évoluant sans être déformées par le paludisme du sujet.

Tels sont les rapports de la pneumonie et du paludisme.

Alger, le 20 mars 1911.

Vu : *Le Président de thèse,*
B. Brault.

Vu : *Le Doyen,*
Curtillet.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Recteur absent :
Le Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie,
Curtillet.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Alcantara. — Observ. de f. interm. à forme pneum. (*Gaz. Méd. d'Algérie*, 1859).

Alibert. — Traité des f. pernicieuses, 1820.

Andral. — Cours de path. gén., Paris 1844.

Armaingault. — Pneumonies et f. interm. pneumoniques, Paris 1872.

Augé. — Pulm. interm. curat. p. le solfato de quinina (*Indép. Méd.*, Barcelone 1876).

Bacelli. . . 1° Sul. febre intermit. pneumon. (*Rev. Clin. et Thér.*, Napoli 1884).

Bacelli. — Infezione malar. e pulmon. (*Gaz. de D.*, Milano 1901).

Baduel. — Obs. d'une f. rem. pernic. péripneumon. (*Journ. Gén. de Méd. Chir. et Pharm.*, Paris 1809).

Bailly. — Tr. an. path. des f. interm. simples et pern., 1825.

Bard. — Th. agrég., 1883.

Barella. — Notes sur la pneum. miasm. ou zymot. (*Bul. Ac. Roy. de Méd. de Belgique*, Bruxelles 1877).

Barès. — Obs. pleuro-pneumonie cont. remit. (*Journ. de Méd. et de Chir. de Toulon*, 1844-45).

Baumes. — Tr. des f. interm., 1821.

Bax. — De la congest. pulm. d'or. palud. (*Gaz. des Hôp.*, 1882).

Bernard. — Obs. de pneum. cont. remit. (Un. Méd., Paris 1855).

Behrend. — Interm. Form. des fibrin. pneum. (*Jahrb. f. Kind*, 1885).

Bertrand. — Des anomalies du type fébrile dans la pneum. fibr. (*Rev. de Méd.*, 1889).

Blaud. — (*Rev. de Méd.*, t. III. 1833).

Bonifas. — Pneumon. Interm. Mort. (*Gaz. des Hôp. de Paris*, 1862).

Bonnet. — Traité des f. interm. (1835).

Boudin. — Traité des f. interm. rémit. et continues, Paris 1842.

Burgess. — Malarial pneumonia, is there such. athing. (*Indian Med. Gaz.*, Calcutta 1907).

Carbonell. — Import. de los inject. hypoderm. en el tratam. de la penum. interm. (*Ind. Med.*, Barcelone 1876).

Catrin. — De la cachexie palustre, Paris 1893.

Catteloup. — De lda pneum. d'Afr. (*Rev. de Méd. et Chir. Mil.*, 1853).

Cavalli. — Casi. Prat. di febr. pernic. péripneum. (*Giorn. de Roy. Accad. Med. et Chir. di Torino*, 1851).

Cayol. — Obs. s. une f. bilieuse inflamm. avec pleuropneum. (Clinique Paris, 1830).

Cazentre. — Eaux fraç. t. VIII, 1834).

Chauffard. — Traité des inflam. internes t. XI, 1831).

Chardon. — (*Gaz. Méd.*, 1834).

Chomel. — Leç. clin. med., 1840.

Ciampetro. — Pocche osserv. sul. pulmon. miasm. polus. lo. experim., 1875.

Clark-Andrews. — Remarques s. un cas de pneum. interm. (*Prog. Méd.*, 1885).

Claxton. — A case of malar. fev. with super. of pneum. (M. rec., Calcutta 1897).

Colin. — Traité des f. interm., Paris 1870.

Combal. — De la pneum. pal. et s. trait. par brom. de quin. en inj. s.-cut. (*Gaz. Hebd. Sc. Med.*, Montpellier 1879-80)

Constant. — Considér. prat. s. pneum. interm. et son trait. (*Bul. Gén. Thér.*, 1852).

Corbin. — (*Gaz. Méd.*, 1842).

Cornibert. — Essai s. la f. pern. pneum. observée au Brésil. (Th., Paris 1872).

Crespin. — Traité du paludisme, 1905.

Crespin et Mailfert. — Et. clin. des manif. broncho-pulm. aig. ds. malaria. (*Arch. Gén. Méd.*, 1901).

DAVIDSON. — Hygiene and diseases of warm climates Edimbourg, 1893.

DE BRUN. — Etude s. le pneumo-palud. du som. (*Rev. de Méd.*, 1895).

DE BRUN. — (*Pr. Méd.*, 1907).

DELACROIX. — Th., Paris 1835.

DELOURMEL. — *Arch. Gén. de Méd.*, août 1829.

DUBA. — Pseudo tub. d'orig. pal. (Th., Lyon 1894).

DUMEIGE. — De la cong. pulm. d'orig. pal. (Th., Paris 1880).

DURAND. — Traité dogm. et prat. des f. interm., 1862.

ESTRADE. — Contrib. à l'ét. de la f. pal. à dét. pneumon. (Th., Bordeaux 1888-89).

FALLIER. — Consid. prat. s. les f. pal. des pays intertrop. (Th., Paris 1861).

FISSEUX. — Des pneumon. ou pleuro-pneum. compliquées de f. interm. dans les contrées soustraites aux miasmes palud. (Montpellier, 1878).

FLEURY DE ROCHEFORT. — (*Journ. Universel*, t. 54, 1828).

FORGET. — Des pneumonies anorm. et leur traitem. (Strasbourg, 1856).

FORTIN. — De la pneum. interm. ou f. pernic. pneum. (Th., Paris 1869).

FRANCK J. — *Prax. Med.*, 1812.

FRANCK J.-P. — Int. clin. observ. select. Tubing,, 1812.

FRISON. — Manifest. var. de l'impal. au point de vue pathog. (*Rec. Mém. Méd. Mil.*, 1870).

GAIDE. — Pseudo tub. d'or. pal. (Ann. d'Hyg. et Méd. colon., 1903).

GAROUPHALOS. — Lésions pulm. et visc. dans l'impal. (Th., Montpellier 1891).

GASON J. — Two cases of interm. pneum. (*Med. Times and Gaz.*, London 1885).

GEAGEA. — Contrib. à l'ét. du pneumonisme palud. (Th., Paris 1896).

GILBERT. — Consid. clin. s. la pneum. à quinquina. (Th., Montpellier 1872).

GODMAT. — Sur les f. palustres et la pneum. interm. (Th., Paris 1872).

Grall et Clarac. — Traité du paludisme, 1910.

Gras. — F. pernic. pneumon. (*Arch. Méd. Nav.*, 1864).

Grasset. — Affect. chron. des voies resp. d'or. palud. (Th., Montpellier 1873).

Grasset.— Sur les pyrexies pneumon. (*Montpel. Méd.*, 1887)

Grégoire. — *Mémorial des Hôp. du Midi*, 1829.

Griesinger. — Th., Paris 1883.

Griffouillère. — Th., Paris 1833.

Grisolle. — Traité de la Pneumonie, 1841.

Gros. — Obs. de pneumon. intermit. (*Bul. Gén. Thér.*, Paris 1856).

Hadji-Costa. — Et. clin. des pneum. post. paludéennes. (*Rev. de Méd.*, Paris 1891).

Hamelin. — Et. s. le pneumo-palud. (Th., Paris 1896).

Hardy et Behier. — Clinique de Graves, p. 1171, t. I.

Heineman. — Ueber malariakrankeiten und emige andere Infections krankeiten in Vera-Cruz. (*Wirch. Archiw.*, 1885).

Heschl. .. Ueber Lungeninduration. (*Prog. Viertelj.*, 1850).

Hildebrandt. — Em intermittent Pneum. (*Deutsch Méd. Woch.*, 1876).

Igonnet. — Fièvres interm. pneumon. (*Journ. Méd. Chir. Pharm. de Toulouse*, 1854).

Jaccoud. — Clin. Pitié, 1884.

Jaccoud. — Pneumonies à reprises non impaludiques (Clin. Pitié, 1888).

Kelsch et Kiener. — Traité des malad. des pays chauds, 1889.

Laennec. — *Rev. de Méd.*, t. IV, 1825.

Langereaux. — Atlas anat. Path.. Paris 1871.

Lautter. — Hist. méd. bienn. morb. rural. Vienne, 1763.

Laveran. — Traité du Paludisme, 1907.

Lecointe. — Pneumonie interm. (*Gaz. Hebd.*, 1856).

Lelièvre. — Et. critique s. le pneumo-palud. et la pneum. dans le palud. (Th., Paris 1895).

Leques. — Notes s. une forme particul. de cong. pulm. pal. (*Rev. de Méd.*, 1898).

Letulle. — Un cas de f. interm. pneumon. (*Gaz. des Hôp.*, 1874).

Letulle et Nattan Larrier. — Contribution à l'étude du poumon palustre et de la sclérose palud. du sommet. (*Journ. de Phys. et Path. Gén.*, 1909).

Maillot. — Traité des f. interm., 1839.

Mailfert. — Contrib. à l'ét. des cong. et inflam. broncho-pulm. aigues dans la malaria (1902).

Mannaberg. — Die malaria krankeiten, Wien 1899.

Manson P. — Tropical Diseases.

Marcé. — *Journ. Société Méd. Loire-Inférieure*, 1845.

Marchiafava et Guarnieri. — La pulmon. nel infezz. del. Malaria, N. del R. Accad. di Roma, 1889.

Martins-Costa. — A. Malaria e suas div. mod. clin. Rio-Janeiro, 1885.

Martinet. — Pneumonie à forme inteémit. (*Pr. Méd.*, 1907).

Minella. — Polmon. miasm. (*Indep.*, Torino 1883).

Misrachi. — Considérat. pratiques s. la f. interm. pneum. (*Gaz. des Hôp. de l'Empire Ottoman*, 1888).

Mongelas. — Monographie des Irritat. internes.

Morehead. — Clinical researches on deases of India.

Morton. — Trait. de morb. univers. acut., chap. IV, Londres, 1692.

Nepple. — Essai s. les f. intermitt. et rémitt., Paris 1828.

Pageault. — Th. Montpellier.

Pastore. — La pulmon. in rap. al. malar. et al mal infect. (*Gazz. Intern. di Med.*, Napoli 1906).

Puntous. — *Rev. de Méd.*, 1834.

Purjez. — Arch. Klin, 1884.

Riche et Samson. — Elém. de Path. méd. et chir. t. I.

Risquez. — Pneum. et dép. palustres. (*Dauphiné Méd. et Chirurg.* t. I.

Rouxeau. — Considérat. s. la f. pernic. pneumon. (*Bul. Gén. de Thér.*, Paris 1852).

Saillard. — De la f. pernic. pneumon. (Th., Paris 1860).

Sarcone. — Mal. de Naples (traduit par Bellay, t. I,, 1804).

Scheube. — Die malariakrankeiten. (Jena Fircher, 1900).

Sigaud. — Maladies du Brésil, 1844.

Sorel. — Congest. pulmon. intermitt. reflexes. (*Gaz. Hebd.*, 1880.

Strack. — Obs. méd. de febris intermitt., 1792.

Tordens. — Un cas de pneumonie intermitt. (*Journ. de Clinique et Thér. int.*, Paris 1897).

Woillez. — Traité clinique des maladies aiguës des voies resp., Paris 1872.

Imp. F. Montégut et A. Deguili, Agha-Alger. (tél. 8-63)

IMPRIMERIE AGRICOLE & COMMERCIALE
E. MONTÉGUT & A. DEGUIL
Agha-Alger